



TITLE:

臨床瑣談

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床瑣談. 日本外科宝函 1940, 17(2): 526-529

ISSUE DATE:

1940-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/205160>

RIGHT:

臨 床 瑣 談

窒息壊死組織ニ發生シタル瓦斯フレグモニーノ1例

宇 田 川 博 (京都外科集談會昭和14年12月例會所演)

患 者: 39才, 男, 農業

主 訴: 右手特ニ拇指ノ冷感及ビ疼痛

現病歴: 1 昨年10月右拇指ニ冷感ヲ訴ヘル様ニナリ, 昨年2月本教室デ頸部交感神経節切除ヲ受ケ, 一時治癒シテ退院シタ。然ルニ本年10月半頃ヨリ末梢部ニ冷感ヲ覺エル様ニナリ, 且拇指頭及ビ小指頭ガ少シ黒色トナリ, 疼痛ヲ訴ヘル様ニナツタ。

一般所見: 體格榮養中等度, 胸, 腹部ニ異常ヲ認メナイ。脈搏66, 緊張強ク, 血液及ビ尿ニ異常所見ヲ認メナイ。

局所所見: 右肘關節部ヨリ末梢, 特ニ指ハ總テ蒼白, 且反對側ニ比シ著シク冷ク, 小指頭ハ小豆大ノ部ガ黒色トナリ, 脛セバ膿汁ヲ出ス。拇指頭ハ大豆大ノ部ガ黒色トナツテ膿カガ膿汁ハ出ナイ。橈骨動脈並ニ上膊動脈下部ハ全然觸レナイ。腋窩動脈ハ反對側ニ比シテ弱イガ充分ニ觸レル。

動脈撮影並ニ動脈周圍交感神経切除 (22/XI): 腋窩動脈ヲ露出シ, 120%ヨードナトリウム¹4cc_Lスギウロン¹6cc (76%ヨードナトリウム¹含有トナル)ヲ混ジテ注射シ, 動脈撮影後, 續イテ腋窩動脈並ニ上膊動脈ノ最上部周圍ノ交感神経切除術ヲ行ツタ。動脈撮影後, 患者ハ肘關節ヨリ末梢ハ運動及ビ知覺障礙並ニ疼痛ヲ訴ヘテキタ。

經 過: 動脈撮影翌日 (23/XI) 見ルト, 前膊ノ先1/3ヨリ末梢ハ淡ク暗紫色トナツテ運動並ニ知覺障礙ガアル。翌24日ニハ暗紫色ハ更ニ濃クナリ, 健康部トノ境ハ判然シナイ。25日ニハ前膊ノ橈骨側ニハ大シタ變化ガナイガ尺骨側デハ前膊中央マデ暗紫色トナリ, 末梢部ハ黒色ニ近クナツテ來タ。而シテ前膊ニハ浮腫狀ニ腫脹ヲ認メタ。26日ニハ前膊ヨリ末梢ニハ變化ヲ認メナイガ上膊ノ肘關節ニ近キ内側ニ鶏卵大ノ淡イ暗紫色ノ部ガ現レ, 且腫脹ハ上膊ニモ及ンデ來タ。前膊ヨリ末梢ハ黒色トナル。27日朝ニハ上膊内側中央マデ暗紫色ヨリ黒色ニ近クナリ, 且變色セル皮膚表面ニ拇指頭乃至小指頭大ノ水泡ガ現レ, 上膊部ノ腫脹ハ強クナツタ。脈搏130, 緊張稍ミ惡ク, 熱モ38°C以上トナツタノデ腐敗物質吸收ニヨル中毒症狀ト考ヘ直チニ切斷スル事トシタ。

手 術: ¹エーテル¹全身麻酔ノ下ニ, 上膊下部1/3ノ部ニ切斷刀ヲ加ヘルヤ惡臭アル瓦斯ヲ放出シ, 皮下脂肪組織ハ膠粘性 (sulzig) トナツテネル。瓦斯¹フレグモニーナルニ氣付イテ直チニ肩胛關節離斷術ヲ斷行シ, 同時ニ周圍皮膚ハ出來ルダケ廣範ニ切除シ, 更ニ切除不可能ノ側胸及ビ背部皮膚ニハ亂切ヲ施シ, 創面ハ¹オキシフル¹ニテ洗滌シ手術ヲ終ツタ。術後脈搏惡ク, 輸血300珎, 抗壞疽血清 (傳研, 力價不明) 40cc皮下注射ヲ行ツタ。

經 過: 手術當夜ハ左側橈骨動脈ヲ殆ンド觸レ得ズ, 頸動脈デハ160ヲ算シ, 時々結滯シテキタ。呼吸40以上デ意識ハ明瞭デアツタ。手術翌日 (28日) ハ創ノ上部皮膚ニ小指頭大ノ暗紫色ノ部ガアリ, 創ノ下後方ノ皮膚ニハKrepitationヲ僅ニ認メタガ特ニ進行スル傾向ハ認メナカツタ。以後毎日創面ハ¹オキシフル¹ニテ洗滌シ, 抗壞疽血清ハ40珎ヅ、一部ハ靜脈, 大部ハ皮下又ハ筋肉内ニ注射シ, 輸血300珎ヅ、其ノ他リンゲル氏液, 強心劑等ヲ續ケルウチニ危險狀態ヲ脱シ, 術後5日目ニハ生命ノ危險ハナイ様ニナリ, 血清注射モ中止シタ。今日デハ術後20餘日デ經過順調ナリ。

細菌學的検査: 離斷シタ上肢ヨリ得タ塗抹標本ニ於テハ芽胞ヲ有スル桿菌ヲ證明シ, 長さ4—8 μ , 巾15 μ , 菌鎖ヲ作ラズ, 運動性ガナイ。グラム陽性, 芽胞ハ大, 稍ミ橢圓形デ菌體ノ中央又ハ偏在ス。肝肝¹ブイオン¹ニ培養シタルモノニ於テハ24時間内ニ輕度ニ混濁シ, 腐敗惡臭ヲ放チ, 微量ノ瓦斯ヲ產生スルモ肝ヲ溶解セズ。葡萄糖寒天ハ瓦斯ノ爲ニ破裂ス。好氣性培養基ニハ生エズ。抗毒血清ニ對シテハ血清稀釋デ6倍マデPrecipitation陽性デアル。以上ニヨリWelch-Fraenkel氏菌ナラント推定シタ。

考察：1) 本例ハ、右手ノ血液循環悪ク、且一部ハ既ニ窒息状態トナツテキタモノニ動脈撮影ヲ行ツタモノデアル。Lハロゲン¹溶液ヲ用ヒテ四肢動脈撮影ヲナス時、血液ニヨリ直チニ局所カラ洗ヒ落サレルト何等影響ナキモノデアルガ病變部ニ血流障碍ガアルト局所ニ溶液ガ長ク停滞シ、爲ニ栄養障碍殊ニ窒息状態ニ入ラントシテキル組織ハ更ニ強く障碍サレルコトハ可能デアル。事實 Charbonnel et Massé, Suigleton, Demel, Kollert u. Syaliger 等ハ其ノ爲ニ切斷ヲ餘儀ナクセンメラレタ例ヲ報告シテキル。然シ一方血管内ニスカル溶液ヲ注入シタガ爲ニ症状ノ輕快セリト言フ報告モアル(田邊, 神立, Schüller 等)。我が教室デハ今日マデ唯1例ダケ注入側上肢ガ腫脹シ、一見Lフレグモ¹ニ様トナリ、之ハ數日ニシテ恢復シタ例ヲ經驗シタノミデ其ノ他ニハ不快症状ヲ見タコトハナイ。ソレデ本例ニ於テハ敢テ造影力ノ強いLヨードナトリウム¹ヲ用ヒタノデアル。即チ本例デハ約76%ノ割合ニLヨードナトリウム¹ガ含まレテキタ譯デアルガ、注入ト同時ニ激痛ヲ訴ヘ、運動知覺ガ消失シ、且壞疽状態ガ増惡シテ來タ。之ハ明カニLヨードナトリウム¹ヲ用ヒタ爲デアルト言ツテヨカラウ。

2) Toyler ノ報告デハ創傷ノ80%ニ Welch-Fraenkel 氏菌ヲ發見シタト言フテキルガ、其ノ大部分ハ症状ヲ呈セズ経過スル事ヲ述ベテキル。又竹内氏ノ報告デハ殆ンド總テノ傷カラ採ツタ組織、膿汁ヲ培養シテ見ルト、重症ノ場合ニハ殆ンド100%ニ瓦斯壞疽菌ヲ證明シテキル。然シ乍ラ頻繁ニ本症ガ發生スル譯デハナイト言フテキル。本例ニ於テモ指ニ壞疽部ガアリ膿汁ヲ出シテキタカラ此ノ創内ニ W.-F. 菌ガ居ツタト推定シテモヨイノデハアルマイカ。

3) 竹内氏ハ本症ノ發症ニハ個人的ニ或ル要約ガ存在スル事ヲ必要トナシ、第一ニ血行障碍ヲ擧ゲテキル。本例ニ於テハ既ニ創内ニ存在シテキタ W.-F. 菌ハLヨードナトリウム¹ニヨリ急激ニ増惡シタ血行障碍、ヒイデハ組織障碍ノ爲ニ、發育ガ増進サレ、茲ニ發症シテ來タモノト考ヘラレル。

4) 診斷ニ關シテ：通常 Krepitation ノ證明デアルガ我々ハLヨードナトリウム¹ニヨル組織障碍トノミ考ヘテ経過ヲ觀察シ、手デハ腫張部ヲ觸レテキタノデアルガ Krepitation ハ氣付カズ、強イテ聽診ハシナカツタノデ手術マデ診斷シ得ナカツタノデアル。

5) 治療ニ關シテ：我々ハ肩胛關節離斷術ヲ行ツタモノデアルガ其ノ周圍皮膚ニハ猶Krepitationヲ證明スル場所ガアツタガ抗血清注射ニヨツテ之ヲ消退センメ得タ。抗血清ノ單位ハ記載ナクテ不明デアルガ全量240ccヲ注射シ副作用ハナカツタ。一般ノ抗血清ハ早期ニ與フレバ治癒率モヨイトサレテキルガ一旦發病シタラ出來ルダケ大量與ヘタ方ガヨイノデハナカラウカト思ハレル。

本症例ニヨツテ教ヘラレルコトハ血行障碍殊ニ血管閉塞ノアル様ナモノニ對シLヨードナトリウム¹ヲ使用スルノハ危險トイフ事デアル。假令影像ハ淡クトモLスギウロン¹ノ如キモノヲ用フルニ止メタ方ガヨイト思フ。

上行並ニ下行結腸，直腸手術ニ對スル腹壁切開法ニ就テ

森 欣 一 (京都外科集談會昭和14年9月例會所演)

腹腔ヲ開クニ當リ選ブベキ皮膚切開ニ對シテ主眼トスル所ハ

- 1) 病竈ニ對スル手術侵襲ヲ出來得ル限り容易ナラシムル事。
 - 2) 腹壁ノ解剖學的關係ニ從ツテ，可及的ノ機能障礙ヲ僅少ナラシムル事。
- コノ2項ガ緊要ナリ。

從來，蟲様突起炎早期手術又ハ盲腸手術ニ對シテノ皮膚切開ニハ，小サナ Pararektalschnitt 及ビ Wechselschnitt ガ廣ク用ヒラル。又廻盲部切除，廣ク盲腸固定術ヲ行フ場合，膿瘍切開後ノ蟲様突起切除，又ハ患者ガ肥滿セル場合，即チ手術侵襲ガ小サナ切開ニテ困難ナル時ハ主トシテ廣範圍ノ Pararektalschnitt ヲ用フルヲ常トス。

之ニ就キ考フルニ前者ノ場合ハ何レノ切開法ヲ用フルモ大差ナキモ，後者ノ場合ニ廣クコノ Pararektalschnitt ヲ用フルコトハ數多クノ血管，神經ヲ切斷スル爲，術後直腹筋ノ萎縮，運動不全，及ビ該部ノ知覺麻痺等不快ナ後遺症ヲ惹起スル事アリ，又皮切ハ Langer ノ Spaltrichtung ニ一致セザルヲモツテ往々醜形ヲ殘スコトアリ。又最モ注意スベキ事ハ Pararektalschnitt ハ上行結腸ノ位置ヨリ内側ニアリ。且ツ血管結紮ヲ深部ニ於テ行フ事ニナル故手術侵襲ニハ不便ナリ。既ニ Rosenstein, Czerny 及ビ Simon, Bergmann 及ビ Israel, Braun, Mayo 等ハコノ點ニ注意シ皮膚切開法ヲ工夫セリ。諸氏ノ切開法ハ大體ニ於テ lumbaler Schrägschnitt ニ一致ス。コノ切開法ハ解剖學的關係ヨリ，神經及ビ血管ノ走行ト一致シ，可及的ニソノ損傷ヲ避ケル事ヲ得，且ツ Spaltrichtung ニ一致スル爲醜形ヲ遺スコト少シ。

最モ有利ナルコトハコノ切開法ニテ腹腔内ニ入ラバ，手術視野ニ上行結腸ガ全長ニ渡リ現ハレ，手術侵襲ハ他ノ切開法ニ比シ頗ル容易ナリ。即チ上行結腸ノ手術ニ際シテ右側ノ lumbaler Schrägschnitt ハ最モ適當ナル切開法ナリ。又之ト全く同様ノ關係ニテ下行結腸ノ手術ニ際シテハ左側ノ lumbaler Schrägschnitt ガ最モ適當ナリ。

結腸ハ一部ハ腹腔内ニ，一部ハ腹腔外ニ存在スル爲，ソノ手術ハ腹腔ノ内外ニ於テ行ハル。例ヘバ廻盲部切除ノ場合ハ廻腸横行結腸吻合術，下行結腸切除ノ場合ニハ横行結腸S狀結腸吻合術ヲ行フ。Haertel ハ斯ル場合手術侵襲ヲ2階段ニ分ケ。先ヅ正中線切開ニテ腹腔内ニ入り，完全ナル腹腔内手術，例ヘバ廻腸横行結腸吻合術，横行結腸S狀結腸吻合術ヲ行ヒ，然後腹腔ヲ閉鎖シ，結腸切除ハ前述ノ lumbaler Schrägschnitt ヲ以テ行ヘリ。斯ル手術法ニヨリ，腹腔内検査ハ十分ニ行ヒ得，手術侵襲ヲ容易ナラシムルモノト述ベタルモ (Ergeb. d. Chir. u. Orth. Bd. 25, 1932, S. 132)，コノ完全ナル腹腔内手術ハ lumbaler Schrägschnitt ニテモ十分行ヒ得，且ツ切開ガ大ナル爲，腹部全體ノ詳細ナル検査モ手指ニヨリ充分ニ行ヒ得ラレ，Haertel ノ述ベタル正中線切開ハ不要ナリ。

直腸切斷術式トシテ理想的ナル腹會陰合併術式ニヨル場合、從來腹腔内ニハ臍ト恥骨間ノ正中線切開ヲ以テ入ルヲ通例トス (Kirschner, Kleinschmidt, 京大式術式)。又中ニハ大ナル Pararektalschnitt, 小ナル Pararektalschnitt ト直腹筋ヲ切斷スルヲ狀切開, 臍ト恥骨間ノ中間ニ於ケル横切開ヲ用フル人アリ。S 狀結腸間膜ハ通常一部側腹壁腹膜ニ附着シ, S 狀結腸蹄係ハ必ズシモ常ニ十分ノ移動性ヲ有スルモノニ非ザル故, S 狀結腸ヲ腹壁腹膜ヨリ剝離シ, 又切除スルニ對シテ正中線切開ハ不適當ナリ。又直腸癌ノ場合, 往々ニシテ下行結腸ニ轉位ヲ有スルコトアリ。斯カル場合下行結腸ニ至ルマデ切斷スルニハ正中線切開ニテハ不可能ナリ。然ルニ腹腔内ニ入ルニ前述ノ左側 lumbaler Schrägschnitt ヲ用フレバ, 切開ハ下行結腸, S 狀結腸ノ走行ト一致スル爲, 全體ヲ手術視野ニ置クコトヲ得, 且ツ正中線切開ヨリモ一層骨盤底ヲ明瞭ニナシ得ル爲, 手術侵襲ハ正中線切開ニ比シ頗ル容易ナリ。

我々ハ直腸癌ノ患者ニデ, 前述ノ皮膚切開ニヨリ腹腔内ニ入り好結果ヲ得タル2例ヲ報告ス。

第1例: 患者: 59才, 男

臨床検査デ單ニ直腸部全周ニ互リヨク周圍組織ヨリ移動シ得ル腫瘍ノミ證明セルモ, 正中線切開ニテ腹腔内ニ入ルニ更ニ2ツノ轉位アルヲ知リタリ。即チ脾彎曲ヨリ4横指肛門側2横指ノ間下行結腸全周ニ互リ存在スル腫瘍ト, 更ニ4横指肛門側ニ拇指頭大ノ腫瘍ガ腸内腔ニ突出スルヲ認メタリ。コニ於テ脾彎曲マデ下行結腸ヲ切斷スル目的ヲ以テ左側23cmニ及ブ lumbaler Schrägschnitt ヲ加ヘソノ目的ヲ達シ得タリ。

ソノ際正中線切開ハ全ク必要ヲ認メザリキ。

第2例: 60才, 男

肛門ヨリ6cmノ所ニ於テ直腸全周ニ互リ, 周圍組織ヨリヨク移動シ得ル彈性硬ノ腫瘍ヲ證明セリ。合併式直腸切斷術ヲ行フ目的ヲ以テ, 腹腔内ニ左側13cmノ lumbaler Schrägschnitt ヲ以テ入りタリ。下行結腸ニハ轉位ハ存在セザルモS狀結腸周圍炎アリ, S狀結腸間膜ハ側腹壁腹膜ト強く癒着シ, ソノ剝離ハ正中線切開ニテハ困難ヲ思ハシメタルモ, 本切開法ニテ容易ニ行ヒ得, 手術目的ヲ達シ得タリ。

結 論: 上行結腸, 下行結腸ノ手術ニ際シテ lumbaler Schrägschnitt ハ最モ適合セル切開法ナリ。更ニ高位乃至高達直腸癌手術ニ際シテ, 腹腔側ヨリ lumbaler Schrägschnitt ヲ以テ入ルヲ最モ合理的ナリト考察ス。

臨床診斷ト手術所見

診斷上興味アリシ大網膜腫瘍

野 村 一 郎 (京都外科集談會昭和14年12月例會所演)

患 者: 51才, 男

現病歴: 約2ヶ月前ニ上腹部ニ不快感ガアリ内科の治療ヲ受ケタ處, 上腹部ニ腫瘤ノアルヲ認メラレタ。併シ何等苦痛ガナイノデ放置シテキタ。發病來腹痛, 惡心, 嘔吐, 黃疸, 胃障碍等ヲ認メナイ。又近頃特ニ痼疾シタトモ思ハレヌ。食思, 睡眠共ニ良好, 排便1日1行。

既往歴: 特記ス可キモノナシ。

遺傳的素因: 父ガ胃癌デ死亡シテキル。